

INSUFICIENCIA CARDIACA CON MANIFESTACIONES PREDOMINANTEMENTE HEPÁTICAS

Dr. VIRGILIO CARDONA LÓPEZ ()*

El caso que se informa fue objeto de una Conferencia Anatomoclínica en el Hospital San Felipe, y se trae a publicación por lo raro y policrómico de sus manifestaciones clínicas.

Se trataba de una mujer de 45 años, soltera, mestiza, originaria del Depto. de Olancho, que fue admitida al Servicio de Medicina el 26-IV-64, por una tumoración en el epigastrio; el cuadro se había iniciado dos meses antes con dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho, con propagación al hombro derecho, y ocasionalmente, al izquierdo. Una semana después notó una tumoración en el epigastrio, dura, dolorosa, que se "reventó". Vómitos ocasionales y una coloración ictericia que fue en rápido aumento, sin prurito; diarrea persistente, con deposiciones frecuentes, líquidas, amarillentas y a veces negruzcas. Al principio hubo fiebre moderada, diaria, vespertina, con diaforesis profuso. Pérdida de peso. Al examen físico se comprobó la ictericia, se encontraron estertores crepitantes diseminados en parte anterior de ambos campos y base derecha, roce pericardíaco, apex en VI E.i.c.i., y en el abdomen, una masa que hacía prominencia a 4 traveses de dedo debajo del reborde costal en línea paraesternal derecha; el hígado era palpable a dos traveses de dedo debajo del reborde costal derecho, semiduro, doloroso, y continuándose con la tumoración. El resto del examen no contribuía. Al laboratorio, heces con h. de uncinaria, Hb 10.3 gms., NNP, creatinina y glicemia normales, orina normal, Bilirrubina directa 9.70 mgs., indirecta 6.80 mgs., índice icterico 68.u., Hanger -J--J+ ; TGP 260 u., plaquetas 92.000, colesterol y fosfatasa alcalina dentro de límites normales. Radiológicamente, un tránsito gastroduodenal fue negativo, había moderado recargo bronquial en la de pulmones, un fiat de abdomen presento un asa delgada dilatada en el hipocondrio derecho y una sombra hepática muy aumentada. Durante toda la hospitalización el estado general fue empleorando progresivamente, semicomatosa, y finalmente falleció 12 días después. El tratamiento incluyó) analgésicos, Liranol, Vitamina K, glucosa endovenosa y cardiotónicos. Una consulta al Depto. de Cirugía sugirió la posibilidad de: 1) Metástasis hepáticas de origen probablemente digestivo; 2) Hepatoma. El médico a cargo de la discusión clínica del caso también opinó, en primer lugar, que podría tratarse de

(*) Departamento de Patología de La Policlínica, S. A.
Profesor de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas.

una ictericia obstructiva por metástasis **hepáticas** originadas~probablemente **en** aparato digestivo.

La Autopsia reveló una pneumonía masiva, lobar envolviendo todo el pulmón derecho y focalmente el lóbulo superior izquierdo.

Adherencias pericárdicas de tipo crónico en la cara anterior del **ventrículo** izquierdo, que explican el roce pericárdico.

El corazón pesó 440 gnis. y presentó **trombosis** fresca de la aurícula derecha, un infarto viejo en la pared anterior del ventrículo izquierdo y parte superior del septum, y un trombo mural viejo adherido al endocardio del ventrículo izquierdo. NO había evidencia de enfermedad reumática valvular o arteriosclerosis coronaria.

El hígado pesó 830 gms. disminuido de tamaño con una superficie irregular arrugada y firme de color café oscuro. Cortes demostraron una superficie con apariencia de "nuez moscada" típica de congestión severa del parénquima. Los conductos biliares se encontraron patentes sin evidencia de cálculos biliares. Los riñones pesaron **120** gms. cada uno presentaban infartos múltiples, frescos en la corteza de ambos riñones.

El intestino delgado presentó una enteritis hemorrágica envolviendo una área que medía 60 cms. en largo. El cuello se encontró: hemorrágico.

El resto de los órganos no presentó nada particular.

Los hallazgos microscópicos demostraron un proceso inflamatorio crónico del miocardio que fue interpretado como una miocarditis de probable origen viral, que fue la causa del proceso de insuficiencia cardíaca crónica que repercutió en el hígado produciendo una congestión crónica severa con hipoxia celular hepática, dando lugar a una necrosis hemorrágica central, marcada, que fue la causa de la ictericia de la paciente, complicada por el proceso séptico debido a la pneumonía lobar bilateral. La ictericia se explica por obstrucción mecánica intra-hepática debida a oclusión de los pequeños conductos biliares por presión de afuera por venas distendidas y trombos de bilis dentro del conducto.

La masa abdominal que se palpaba correspondió a una vesícula atónica, marcadamente dilatada y llena de bilis espesa concentrada.

El dolor del H. D. es debido a la marcada congestión hepática con tensión de la cápsula que es donde se encuentran las terminaciones nerviosas y por lo tanto la parte sensitiva del hígado.

Los infartos renales fueron debido a pequeños émbolos con foco primario en el corazón. En la literatura se han reportado infartos pulmonares con bilirrubinemia ignorándose el mecanismo de producción.

La sospecha clínica de Carcinoma de cuello uterino o páncreas fue descartada por completo.

COMENTARIO: La importancia de la publicación del presente caso es que este tipo de ictericia se presenta raramente, principalmente con bilirrubinemias de 18-22 y 23 mgms. (S. Sherlock) sin embargo estas elevaciones de la bilirrubina con enfermedad cardíaca son muy raras. Recientemente se publicó un caso muy similar al presente en el NEJM-May, 7, 1964-Caso N° 23. Se considera que si estos pacientes sobreviven al proceso necrótico del hígado desarrollan una cirrosis cardíaca.

B I B L I O G R A F Í A

LILION SHIFF: Enfermedades del Hígado. Página 523.

S. SHERLOCK: British heart Journal. 1957.

B. CASTLEMAN. NEJM-May 7, 1963- Caso N° 23.